

AVISO DE INTENCIÓN DE CREAR UNA RESPONSABILIDAD DE PAGAR LA ATENCIÓN DE PACIENTES CRÓNICOS

FECHA DEL AVISO:		FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA AGENCIA/DEL CENTRO O DE LA OFICINA DEL DISTRITO					
NÚMERO DE CASO		NÚMERO DE CIN							
NOMBRE DEL CASO (y nombre de la persona a quien va dirigida la correspondencia si estuviera presente) Y DIRECCIÓN									
				N.º DE TELÉFONO GENERAL PARA PREGUNTAS O AYUDA _____					
				<input type="radio"/> Reunión de la agencia _____ Información y asistencia para la audiencia imparcial _____ Acceso a los registros _____ Información de asistencia legal _____					
				N.º DE OFICINA		N.º DE UNIDAD		N.º DE TRABAJADOR	
				UNIDAD O NOMBRE DEL TRABAJADOR		N.º DE TELÉFONO			

Este Departamento ha tomado una decisión con respecto a la elegibilidad conforme al Programa de Medicaid de la persona mencionada arriba, que se ha determinado que reside en una institución médica de forma permanente. (Si la persona anteriormente recibía cobertura total de Medicaid o cobertura de Medicaid sujeta a un monto de reducción de gastos de \$ _____, la contribución necesaria para pagar los costos de la institución se explica a continuación).

Fecha de la solicitud: _____
 Fecha de la institucionalización: _____
 Fecha del estado de la atención para paciente crónico: _____

Hemos calculado la contribución **mensual** total que se pagará para el costo de la atención de esta persona en el período indicado, de la siguiente manera:

INGRESOS

Desde el _____ hasta el _____	Desde el _____ hasta el _____
Ingresos brutos mensuales \$ _____	Ingresos brutos mensuales \$ _____
Deducciones - _____	Deducciones - _____
Asignación de ingresos (nivel de asistencia médica) - _____	Asignación de ingresos (nivel de necesidades personales) - _____
Contribución para cónyuge no afiliado - _____	Contribución para cónyuge no afiliado - _____
Asignaciones para miembro de la familia o miembros dependientes del grupo familiar - _____	Asignaciones para miembro de la familia o miembros dependientes del grupo familiar - _____
Costo de la atención médica/curativa - _____	Costo de la atención médica/curativa - _____
Ingresos mensuales restantes disponibles = _____	Ingresos mensuales restantes disponibles = _____
Contribución del cónyuge + _____	Contribución del cónyuge + _____
Contribución total de ingresos por Mes \$ _____	Contribución total de ingresos por Mes \$ _____
Pagadero a: _____	Pagadero a: _____

NOTA: Su contribución mensual de ingresos se basa en una proyección de los ingresos que se prevé recibir. Se harán ajustes si se modifican sus ingresos o sus circunstancias.

RECURSOS

Al calcular su elegibilidad, también se deben considerar los recursos, si los hubiera.

Recursos contables	\$ _____
Límite de recursos de Medicaid	- _____
Exceso de recursos	= _____
Facturas médicas usadas para reducir el exceso de recursos	- _____
Exceso de recursos restante	\$ _____

Además de las contribuciones de ingresos, se deberá contribuir el monto restante de \$ _____ del exceso de recursos para pagar el costo de la atención durante el mes de _____. La determinación del exceso de recursos incluye información recibida por computadora que concuerda con las instituciones bancarias. Si cree que el monto del exceso de recursos es incorrecto, debe comunicarse con la agencia de inmediato, antes de los 30 días contados desde la fecha de este aviso.

El Programa de Medicaid pagará todos los costos de institucionalización cubiertos adicionales correspondientes durante el período autorizado.

Esta decisión se basa en los Reglamentos 18 NYCRR 360-4.9, 360-4.3(f) y 360-4.10, y en la Sección 366 de la Social Services Law (Ley de Servicios Sociales).

Las hojas de cálculo de presupuesto adjuntas explican estos cálculos.

LOS REGLAMENTOS REQUIEREN QUE USTED NOTIFIQUE DE INMEDIATO A ESTE DEPARTAMENTO CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, INGRESOS, RECURSOS, ARREGLOS DE VIVIENDA O DIRECCIÓN.

USTED TIENE DERECHO A APELAR ESTA DECISIÓN. ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTE AVISO PARA SABER CÓMO APELAR ESTA DECISIÓN.

Adjunto
 cc: _____
 NOMBRE DEL CENTRO MÉDICO

DERECHO A UNA REUNIÓN: Usted puede tener una reunión para revisar estas medidas. Si desea una reunión, debe solicitar una lo más pronto posible. En la reunión, si descubrimos que hemos tomado la decisión equivocada o si, debido a la información que usted proporcione, decidimos cambiar nuestra decisión, tomaremos medidas correctivas y le daremos un nuevo aviso. Usted puede solicitar una reunión. Para hacerlo, puede llamarnos al número que aparece en la primera página de este aviso o enviarnos una solicitud por escrito a la dirección que aparece en la parte superior de la primera página de este aviso. Este número solo se utiliza para solicitar una reunión. ***Esta no es la forma en que se solicita una audiencia imparcial.*** Si solicita una reunión, aún tiene derecho a una audiencia imparcial. Si desea que sus beneficios continúen sin cambios (ayuda continua) hasta que obtenga una decisión de la audiencia imparcial, debe solicitar una audiencia imparcial de la manera en que se describe a continuación. Lea a continuación la información acerca de la audiencia imparcial.

ACCESO A SU EXPEDIENTE Y A COPIAS DE DOCUMENTOS: Para ayudarlo a prepararse para la audiencia, tiene derecho a ver el expediente de su caso. Si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de los documentos de su expediente, las que le daremos al oficial de la audiencia en la audiencia imparcial. Además, si nos llama o escribe, le proporcionaremos copias gratuitas de otros documentos de su expediente que usted considere necesarios a fin de prepararse para su audiencia imparcial. Si nos llama o escribe, también pondremos a su disposición, sin costo alguno, los materiales de política específicos necesarios para que usted decida si desea solicitar una audiencia imparcial o para prepararse para la audiencia. Los materiales de política que pueden estar disponibles para usted incluyen documentos como: Directivas administrativas, mensajes del sistema de información general, cartas informativas, partes de la guía de referencia de Medicaid, boletines actualizados del Departamento de Salud sobre Medicaid y memorandos del comisionado local. Para solicitar documentos de política específicos o para informarse sobre cómo ver su expediente, comuníquese con nosotros al número de teléfono de acceso a los registros que aparece en la parte superior del frente de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior del frente de este aviso. Si desea copias gratuitas de materiales de política específicos o de los documentos del expediente de su caso, pídalas con anticipación. Estas se le proporcionarán dentro de un tiempo razonable, antes de la fecha de su audiencia. Los documentos se le enviarán por correo solo si específicamente lo solicita.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted cree que la decisión anterior es incorrecta, puede solicitar una audiencia imparcial del Estado a través de cualquiera de los siguientes medios:

- 1) **Teléfono:** puede llamar al número telefónico estatal gratuito: 800-342-3334 (DEBE TENER ESTE AVISO CON USTED CUANDO LLAME); **O**
- 2) **Fax:** envíe una copia de este aviso al número de fax (518) 473-6735;
- 3) **En línea:** complete y envíe el formulario de solicitud en línea en: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp>;
- 4) **Por escrito:** envíe una copia de este aviso **completada** a Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. Conserve una copia para usted.

Deseo una audiencia imparcial. La medida que tomó la Agencia no es la correcta debido a lo siguiente: _____

Nombre en letra de molde: _____ Número de caso _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Firma del cliente: _____ Fecha: _____

TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTE AVISO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará un aviso en el que figurará la hora y el lugar de la audiencia. Usted tiene derecho a que lo represente un abogado, un pariente, un amigo u otra persona, o puede representarse usted mismo. En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia por escrito y de forma oral para demostrar por qué no debe tomarse la medida, así como la oportunidad de interrogar a cualquier persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene derecho a presentar testigos que declaren en su favor. Debe llevar a la audiencia cualquier documento, como este aviso, recibos de pago de salario, recibos, facturas médicas, facturas por servicios de calefacción, documentos de verificación médica, cartas, etc., que puedan ser útiles en la presentación de su caso.

CONTINUACIÓN DE SUS BENEFICIOS: Si solicita una audiencia imparcial antes de la fecha de entrada en vigencia mencionada en este aviso, continuará recibiendo sus beneficios sin cambios hasta que se emita la decisión sobre la audiencia imparcial. Sin embargo, si pierde la audiencia imparcial, podemos recuperar el costo de los beneficios de Medicaid que no debería haber recibido. Si desea evitar esta posibilidad, marque la casilla de abajo para indicar que no desea que la ayuda continúe, y envíe esta página junto con su solicitud de audiencia. Si marca la casilla, la medida descrita anteriormente se tomará en la fecha de entrada en vigencia que figura más arriba.

Acepto que se tome la medida sobre mis beneficios de Medicaid, según se describe en este aviso, antes de la emisión de la decisión sobre la audiencia imparcial.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asistencia legal gratuita, puede obtener dicha asistencia al comunicarse con su Legal Aid Society (Sociedad de Ayuda Legal) local o con algún otro grupo de defensa legal. Puede localizar la Legal Aid Society más cercana o la asociación de defensoría legal en las Yellow Pages (Páginas Amarillas), en "Lawyers" (Abogados), o puede llamar al número indicado en la primera página de este aviso.

INFORMACIÓN: Si desea obtener más información sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo ver su expediente o cómo obtener copias adicionales de los documentos, llámenos a los números de teléfono indicados en la parte superior de la página 1 de este aviso o escribanos a la dirección impresa en la parte superior de la página 1 de este aviso.

ATENCIÓN: Los niños menores de 19 años que no son elegibles para recibir Medicaid u otro seguro de salud pueden ser elegibles para el plan del seguro de salud Child Health Plus para niños. El plan proporciona seguro de atención médica para niños. Para obtener información, llame al 1-800-698-4543.